156

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Travail de l'hôpital des Enfants-Malades. Service du Dr Broca

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1908 — N° —

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 25 mars 1908, à 1 heure

Par

Maurice DAGUET

Ancien externe des hôpitaux de Besançon

TECHNIQUE ET INDICATIONS

DES

PROCÉDÉS AUTOPLASTIQUES

DANS

L'ÉVIDEMENT PÉTRO-MASTOIDIEN

Président : M. SEGOND, *professeur.*

Juges : MM. DELENS, GOSSET et LECÈNE, *agrégés.*

PARIS

IMPRIMERIE DES FACULTÉS

A. MICHALON

26, rue Monsieur-le-Prince, 26

1908

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie générale	GAUTIER.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	DEJERINE. BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	Pierre MARIE.
Histologie	PRENANT.
Opérations et appareils	QUENU.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	G. BALLET
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	HAYEM. DIEULAFOY DEBOVE. LANDOUZY.
Maladies des enfants	HUTINEL.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND. LE DENTU.
Clinique chirurgicale	BERGER. RECLUS. SEGOND.
Clinique opthalmologique	De LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN.
Clinique d'accouchements	PINARD. BAR. RIBEMONT-DESSAIGNES.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.
Clinique thérapeutique	A. ROBIN.

Agrégés en exercice.

MM.			
AUVRAY	CUNEO	LAUNOIS	NOBECOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECENE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BEZANÇON (Fern.)	DUVAL (Pierre)	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LŒPER	RENON
BROCA (André)	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL (chef des trav. anat.
CARNOT	JEANSELME	MARION	SICARD
CASTAIGNE	JOUSSET (André)	MORESTIN	ZIMMERN
CLAUDE	LABBE (Marcel)	MULON	
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON PÈRE
ET DE MA MÈRE

A MA SŒUR

A MA FIANCEE

A MES MAITRES DE L'ECOLE DE BESANÇON
ET DE LA FACULTE DE PARIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR SEGOND

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ
CHIRURGIEN DE L'HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MONSIEUR LE DOCTEUR AUG. BROCA

PROFESSEUR AGRÉGÉ DE LA FACULTÉ
CHIRURGIEN DE L'HÔPITAL DES ENFANTS-MALADES
OFFICIER D'ACADÉMIE

Au cours des derniers mois de notre stage hospitalier, dans le service de chirurgie infantile de M. le Dr Broca, nous nous sommes rendu compte de la gravité des otorrhées chez les enfants et de la nécessité où se trouve parfois le chirurgien de pratiquer l'évidement pétro-mastoïdien. L'infection, il est vrai, revêt à cet âge des formes si variées que l'on ne peut être étonné de voir l'appareil auditif, d'ailleurs trop bien disposé pour favoriser la stagnation du pus et le développement de lésions chroniques, assez gravement atteint pour subir une cure radicale. Nous avons vu de près que ce n'est qu'au prix de soins minutieux et de pansements pratiqués à la fois par la plaie rétro-auriculaire et par le conduit, au moins au début, que l'on peut arriver à une guérison stable et rapide. De là notre surprise que l'on puisse, en présence d'une cavité suppurante aussi étendue, préconiser systématiquement la suture immédiate de la plaie rétro-auriculaire, quels que soient d'ailleurs les procédés autoplastiques qui essayent d'en corriger les inconvénients. Nous nous proposons précisément de reprendre l'histoire de l'évidé au moment même où l'évidement est fait et où le chirurgien peut se demander s'il va fermer la brèche osseuse qu'il vient de créer,

et dans l'affirmative, comment il la surveillera. La technique et les indications des procédés autoplastiques dans l'évidement pétro-mastoïdien, tel est le sujet dont nous devons l'initiative à la bienveillance de M. le Dr Broca. Nous sommes heureux de lui exprimer notre profonde reconnaissance pour l'intérêt qu'il a bien voulu nous témoigner en nous rendant agréable et facile ce travail qui va terminer nos études scolaires. Nous adressons aussi nos plus sincères remerciements à M. le Dr Roland, assistant d'oto-rhino-laryngologie aux Enfants-Malades, qui, comme un ami, nous a aidé dans nos recherches, et surtout familiarisé avec des notions qui, dans notre vie de praticien, nous rendront les plus grands services. Qu'enfin M. le professeur Segond, qui nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse, veuille bien agréer l'expression de notre respectueuse reconnaissance.

INTRODUCTION

Trois procédés se présentent au chirurgien, lorsqu'il a incisé les téguments, récliné le périoste et décollé le conduit cartilagineux, pour découvrir les nombreuses cavités : conduit auditif, caisse du tympan, aditus, antre et cellules mastoïdiennes qui, l'évidement terminé, ne doivent plus former qu'un seul tunnel régulier et largement ouvert.

Notre but n'étant pas de décrire la technique opératoire de cette première phase de l'évidement nous signalerons seulement ces trois méthodes afin d'aborder immédiatement le sujet qui nous intéresse particulièrement.

Lorsqu'une otorrhée résiste au traitement médical et aux petites interventions locales, lorsqu'elle s'accompagne de phénomènes généraux, il est indiqué de pratiquer l'évidement et alors deux cas se présentent : 1° il y a simultanément apparition de phénomènes locaux du côté de l'apophyse mastoïde (douleur à la pression, gonflement, abcès et fistules), symptômes caractéristi-

ques d'une mastoïdite aiguë. Dans ce cas il est tout naturel de commencer la cure radicale par l'antrotomie dont la technique est parfaitement établie ; de là l'évidement progresse en suivant le pus, les fongosités, les points osseux malades ou les masses cholestéatomateuses, et finalement après ouverture de la caisse le résultat opératoire est obtenu. C'est le procédé classique de Schwartze.

2° Il n'y a aucun phénomène mastoïdien, seule l'otorrhée persiste avec ou sans symptômes généraux. L'examen auriculaire permettant de reconnaître les lésions de la caisse il est alors indiqué, comme plus haut, d'aborder immédiatement les points reconnus malades pour atteindre ensuite ceux qui sont inaccessibles à l'exploration. C'est ainsi que Stacke (2° procédé) attaquait directement la caisse pour progresser vers l'antre à travers l'aditus. C'est aussi également (3° procédé) que Wolf et Moure, celui-ci systématiquement, trépanent directement l'apophyse mastoïde en pleine épine de Heule et de là progressent à la fois vers la caisse et vers l'antre.

Quelle que soit la méthode employée et sans tenir compte des indications spéciales à chacun de ces procédés, le résultat opératoire est toujours le même : une vaste brèche osseuse a été créée. Comment la comblera-t-on ? C'est alors qu'intervient la méthode autoplastique dont le but, dans le cas présent, est de faciliter l'épidermisation de la plaie osseuse et de rendre possible, immédiatement ou dans la suite, la fermeture du tunnel pétro-mastoïdien.

Ici encore trois méthodes se proposent de réaliser au mieux ces deux conditions, et leur étude fera l'objet de la première partie de ce travail en trois chapitres distincts. Nous décrirons d'abord les procédés autoplastiques immédiats qui sont employés dans la seconde phase de l'évidement lorsque l'on veut suturer immédiatement l'incision rétro-auriculaire. Dans un second chapitre nous verrons comment on peut fermer l'orifice mastoïdien, conséquence de l'ouverture permanente, alors que l'épidermisation de la cavité est complètement achevée. Nous étudierons en troisième lieu les quelques procédés qui, tout en conservant ouverte la plaie rétro-auriculaire, se proposent de hâter l'épidermisation de la cavité osseuse.

A cet exposé purement technique et sans examen critique fera suite, dans une deuxième partie, une vue d'ensemble sur les opinions qui ont actuellement cours parmi les auristes touchant ces divers procédés et leurs indications. Puis, et surtout, nous exposerons la pratique et les procédés habituellement suivis aux Enfants-Malades (M. Broca), ainsi que les motifs qui les légitiment. Pour confirmer nos conclusions nous n'aurons qu'à laisser parler les faits eux-mêmes, en résumant les nombreuses observations que nous avons parcourues et complétées tout récemment. Enfin en quelques schémas nous figurerons les principaux types de procédés d'autoplastie tant immédiate que tardive.

PREMIÈRE PARTIE

TECHNIQUE DES PROCÉDÉS AUTOPLASTIQUES

Chapitre premier.

PROCÉDÉS AUTOPLASTIQUES IMMÉDIATS

Lorsque, pour des motifs que nous discuterons plus loin, le chirurgien est fermement décidé, une fois l'évidement terminé, à suturer immédiatement la plaie rétro-auriculaire il est de toute nécessité d'utiliser le conduit auditif pour panser et surveiller la cavité évidée et accessoirement en amorcer l'épidermisation. Ce sont ces procédés autoplastiques immédiats, dont la réalisation constitue un nouveau temps très important de la cure radicale, que nous allons décrire rapidement. Les uns prennent leurs lambeaux au conduit membraneux seul; les autres empiètent sur la conque. C'est pourquoi nous les étudierons séparément.

A. — Procédés n'utilisant que le conduit membraneux. — Ils conviennent surtout aux cavités évidées de peu d'étendue car la voie d'accès qu'ils permettent d'établir est elle-même assez réduite.

Il en est trois tout d'abord qui facilitent à la fois le pansement et l'épidermisation; un quatrième rend possible la surveillance seule sans prendre aucune part à l'épidermisation.

1° On incise dans toute sa longueur et jusqu'à la conque exclusivement la paroi postérieure du conduit à égale distance de ses bords supérieur et inférieur. Cela fait, il suffit de retenir aux tissus voisins, par un point de suture au catgut, chacun des deux lambeaux ainsi créés (fig. 1 de la planche schématique). Lorsque le conduit a une trop grande épaisseur on peut la diminuer aux dépens de sa face postérieure, du côté de la cavité évidée, et même en réséquer complètement l'extrémité profonde ou le lambeau supérieur, afin d'éviter les rétrécissements dans la suite.

2° *Procédé de Panse.* — Même incision que précédemment sur la paroi postérieure du conduit; mais de plus deux petites incisions de 1 centimètre menées perpendiculairement à l'extrémité externe de la première permettent de séparer complètement les deux lambeaux et d'appliquer le supérieur sur la voûte, et l'inférieur sur le massif du facial (fig. 2).

3° *Procédé de Stacke.* — Ce procédé ne diffère du précédent que par le siège des incisions, leur direction demeurant la même, et par la formation d'un lambeau quadrangulaire unique à charnière postéro-inférieure.

On incise encore longitudinalement la paroi postérieure du conduit membraneux, mais cette fois en suivant le bord supérieur. A l'union du conduit et de la conque, par conséquent à l'extrémité externe de cette incision on en trace une seconde perpendiculairement. Il en résulte la formation d'un lambeau assez vaste que l'on débarrasse de son cartilage et qui vient recouvrir le plancher de la cavité opératoire (fig. 3).

Pour éviter le rétrécissement du conduit Botey utilise un procédé qui consiste à inciser simplement le bord antéro-supérieur du conduit qui est dépourvu de cartilage ; le méat est ensuite maintenu facilement élargi en le bourrant soigneusement à la gaze ou au moyen de dilatateurs métalliques spécialement destinés à cet usage.

4° *Résection du conduit.* — Zaufal se contente d'enlever seulement la paroi postérieure. Pour cela il incise la demi-circonférence postérieure du conduit à son union avec la conque, puis aux ciseaux et de dedans en dehors par deux incisions parallèles suivant l'une le bord antéro-supérieur, l'autre le bord postéro-inférieur, il décolle et enlève le lambeau. Moure, afin d'éviter les rétrécissements dus à des lambeaux mal fixés ou enflammés, supprimait autrefois complètement le conduit membraneux en le sectionnant au ras de la conque (fig. 4). D'autres auteurs enfin ont décrit des procédés un peu différents par le tracé des incisions, mais aboutissant au même résultat ; nous n'y insisterons pas.

B) Procédés intéressant a la fois le conduit et la conque. — Contrairement aux précédents les procédés que nous allons décrire maintenant sont utilisés dans

les grands évidements lorsqu'on veut surveiller facilement toute la cavité créée par l'opération. Aux lambeaux fournis par le conduit membraneux viennent s'en ajouter d'autres qui, en sacrifiant partiellement la conque, permettent d'agrandir le méat.

1° *Premier procédé de Moure.* — On prolonge l'incision muqueuse et postérieure du conduit jusqu'au milieu de la conque et, perpendiculairement à l'extrémité externe de cette ligne, il suffit de tracer deux petites incisions de 1 centimètre, l'une en haut, l'autre en bas, leur ensemble dessinant un T. Le cartilage des deux lambeaux ainsi créés est ensuite réséqué ainsi que la peau qui les recouvre et il n'y a plus qu'à suturer (en pointillé sur la figure 2).

2° *Deuxième procédé de Moure.* — C'est la résection complète non plus seulement cette fois de la paroi postérieure du conduit, mais d'une partie plus ou moins considérable de la conque, suivant la grandeur de la cavité à surveiller, la technique en est, du reste, exactement la même (en pointillé sur la figure 4).

3° *Procédé de Kœrner.* — Les incisions circonscrivent un lambeau dont la base externe est en continuité avec la conque. En partant de la profondeur et en suivant les bords supérieur et inférieur du conduit on trace deux incisions parallèles comme si l'on voulait faire une résection ; seulement parvenues au niveau de la conque les incisions divergent et se prolongent plus ou moins loin sur la conque suivant l'étendue de la cavité opératoire que le lambeau doit revêtir. Si ce dernier, trop épais ou trop rigide, se laisse difficilement refou-

ler, il est facile de l'amincir en le débarrassant de son tissu conjonctif et même, s'il y a lieu, de son cartilage.

Quelques auteurs ont de plus ajouté à ce procédé la taille de lambeaux pris aux téguments voisins dont le rôle est de tapisser les régions de la cavité évidée que le lambeau de Körner seul ne suffit pas à recouvrir.

4° *Procédé de Siebenmann.* — Ce procédé, bien que décrit par son auteur en vue de l'opération du cholestéatome et comme une modification du précédent parce qu'il vise comme lui l'élargissement du méat, convient à toute cure radicale de suppuration mastoïdienne ; et c'est pourquoi nous le décrivons.

Il comporte d'abord une incision du conduit membraneux dans toute sa longueur en suivant le milieu de sa paroi postérieure comme dans le procédé de Panse décrit plus haut ; puis arrivée au seuil de la conque l'incision bifurque, figurant un Y dont les deux branches divergent différemment pour aboutir au niveau de l'anthélix : la branche supérieure franchement oblique en haut et en dehors se termine à un petit tubercule qui est saillant sur l'hélix ; la branche inférieure est presque horizontale et son plus ou moins d'obliquité dépend de la grandeur que l'on doit donner au lambeau triangulaire inscrit dans l'angle de bifurcation. En somme il en résulte la formation de trois lambeaux : deux grands taillés aux dépens du conduit et un petit triangulaire constitué par la moitié supérieure de la conque (fig. 6).

En dehors de ce procédé qui convient spécialement aux cas dans lesquels les masses cholestéatomateuses

sont peu développées et l'autre petit, Siebenmann a décrit deux autres modes opératoires qui ne sont que des modifications du précédent portant sur la conque et adaptées à des lésions beaucoup plus étendues.

5° *Procédé de Luc.* — Pour parer aux inconvénients du procédé de Siebenmann, Luc lui a fait subir les modifications suivantes. D'abord l'incision du conduit, au lieu d'être franchement postérieure, atteint le bord supérieur et lui demeure parallèle ; puis les deux branches qui résultent de sa bifurcation au niveau de la conque prennent une direction différente ; l'incision supérieure continue directement celle du conduit, l'incision inférieure lui est au contraire perpendiculaire. D'où la formation de deux lambeaux : un vaste volet rectangulaire constitué par la paroi postérieure du conduit tout entière et un petit lambeau triangulaire taillé aux dépens de la moitié inférieure de la conque. Par son propre poids le premier vient recouvrir la plus grande partie du plancher de la cavité opératoire tandis que le second, fixé aux parties molles voisines par un point de catgut, assure le révêtement de ce qui reste à épidermiser (fig. 7).

6° *Procédé de H. Mackiewicz.* — Ce procédé a pour but comme les précédents d'élargir le méat auditif. Il consiste dans l'adjonction de la taille d'un lambeau triangulaire prélevé sur la conque et ne différant de celui de Siebenmann que par des dimensions moindres, à l'autoplastie du conduit auditif membraneux d'après la technique de Stacke. Cet élargissement du méat permet de pratiquer la fermeture immédiate de

la plaie rétroauriculaire, sans entraver la surveillance de la cavité évidée.

En somme les tracés de tous ces procédés peuvent se combiner les uns aux autres et on peut même, comme cela a été décrit, leur adjoindre des lambeaux empruntés aux téguments des régions voisines, mastoïdienne ou cervicale.

Chapitre II

PROCÉDÉS AUTOPLASTIQUES TARDIFS

L'emploi des procédés dont nous allons décrire la technique est nécessairement consécutif à la permanence voulue et maintenue de l'orifice rétro-auriculaire, puisqu'ils ont tous pour but de faire disparaître cette ouverture au moyen d'un pont membraneux épidermisé sur ses deux faces. Il est évident également qu'en raison de son adhérence et de sa fragilité la peau qui tapisse la cavité évidée elle-même ne peut être utilisée, mais que les lambeaux nécessaires doivent être empruntés aux téguments du voisinage. Enfin la guérison parfaite et maintenue depuis plusieurs mois au moins ainsi qu'une complète cutanisation de la cavité sont des conditions absolument indispensables pour autoriser la fermeture autoplastique de l'orifice mastoïdien.

1° *Avivement et suture des bords de l'ouverture.* — Ce procédé excessivement simple ne demande pas une longue description. La section d'une mince collerette de tissu cicatriciel circonscrivant complètement l'ori-

fice suffit pour permettre d'en rapprocher les bords et de les suturer. Il est cependant parfois nécessaire, surtout lorsque l'orifice est un peu considérable et les téguments résistants, de mobiliser la peau à la rugine en la décollant des tissus sous-jacents ; l'appontement est alors beaucoup plus facile.

2° *Procédé de Mosetig-Moortsof.* — La réalisation de ce procédé, en apparence peu compliqué, est cependant assez délicate. Le lambeau unique et purement cutané est taillé au-dessous de l'orifice qu'il doit obturer ; son pédicule se continue même directement avec la peau qui va tapisser la cavité évidée. Un premier tracé curviligne dessine un lambeau un peu plus grand et de même forme que l'orifice à combler, mais n'intéresse que la couche la plus superficielle de la peau. Une deuxième incision est conduite parallèlement à la première dont elle n'est séparée que de 1 millimètre à 1 mm. 1/2 et, comme elle, entame très peu le tégument. La fine pellicule comprise entre les deux tracés est enlevée et on repasse le bistouri dans l'incision externe en pénétrant cette fois jusqu'à l'aponévrose ; puis par dissection on isole le lambeau cutané des tissus sous-jacents en agissant de bas en haut sans trop remonter toutefois pour ne pas intéresser le pédicule. Cela fait, on dissèque sur le rebord de l'orifice rétro-auriculaire dans ses trois quarts supérieurs une petite collerette de même dimension que celle qui entoure le lambeau. Il suffit alors de redresser et de renverser le volet cutané autour de son pédicule, face épidermique en dedans, pour que sa petite collerette

cruentée vienne s'enchâsser directement dans le sillon préparé à cette intention. Quelques points de catgut réunissent le lambeau aux téguments voisins. Quant à la petite plaie créée par la taille du volet il est facile d'en suturer les bords après rapprochement ; et la face cruentée du lambeau s'épidermise par bourgeonnement ou si l'on veut, au moyen de greffes de Thiersch (fig. 8).

3° *Procédé de G. Laurens.* — Il ressemble beaucoup au précédent et c'est pourquoi nous le décrivons après lui. Seulement le lambeau est ici emprunté à la peau du pavillon et la taille en est simplifiée. Un simple avivement des deux tiers postérieurs du rebord de l'orifice remplace la dissection de collerettes qui rend la technique de Mosetig-Moorhof si délicate (fig. 9).

4° *Procédé de Stacke.* — Le but de son auteur est de faciliter la cicatrisation du lambeau destiné à fermer l'orifice rétro-auriculaire et de la plaie qui résulte de sa dissection par la taille d'un second lambeau de grandes dimensions. Le premier volet peut être réalisé par le procédé de G. Laurens, mais Stacke préfère le prendre en arrière de l'orifice, en évitant toutefois qu'il soit recouvert de cheveux. L'incision de la peau et l'insertion du lambeau dans un sillon d'avivement creusé sur les deux tiers antérieurs du rebord de l'ouverture mastoïdienne ne diffèrent absolument pas de celles que nous avons déjà décrites ; nous n'y insistons pas. Quant au deuxième volet cutané, deux fois plus étendu que le premier puisqu'il doit le recouvrir en même temps que la plaie qu'il a laissée derrière lui, Stacke le taille au-dessous de l'orifice dont le rebord inférieur lui sert de

pédicule. On le fait tourner autour de sa base de façon à superposer les deux surfaces cruentées. Il reste dans la région rétro-auriculaire une vaste surface dénudée qui se cicatrice ensuite par bourgeonnement ou par des greffes épidermiques (fig. 10).

5° *Procédé de Lermoyez et Mahu.*—Nous en empruntons la description à leurs auteurs eux-mêmes : 1° à la partie postérieure de l'orifice, on trace au bistouri, sur la peau mastoïdienne et sans intéresser le périoste, les incisions suivantes : *a*, deux incisions légèrement concaves et tangentes, l'une au bord supérieur, l'autre au bord inférieur de l'orifice ; *b*, à 1/2 centimètre du bord postérieur de celui-ci, une autre incision verticale qu'on raccorde avec les précédentes de manière à former avec elles les trois côtés d'un trapèze à angles arrondis. On décolle ensuite du périoste le lambeau obtenu et on rabat ce volet en avant de la cavité, en ayant soin d'en ébarber les angles pour en éviter le plissement lors du rapprochement ultérieur. On poussera le décollement de ce lambeau à l'intérieur de la cavité aussi loin que le permettra la cavité de la peau, en évitant toutefois d'aller trop loin, car le pédicule cutané deviendrait ainsi trop mince pour assurer la bonne nutrition du lambeau rabattu. On a ainsi obtenu une première surface avivée environ égale au double de l'aire comprise entre les trois incisions et le bord postérieur de l'orifice. 2° A la partie antérieure de ce même orifice, on dessine sur la face postérieure du pavillon un quadrilatère complet à angles également arrondis et dont les petits côtés obliques inférieur et

supérieur doivent venir exactement se joindre aux côtés du trapèze postérieur. L'emplacement du second quadrilatère sera déterminé de telle sorte qu'il couvre exactement les deux feuillets de la première surface cruentée quand on ramène en arrière le pavillon dans sa position normale, on détachera complètement le lambeau de peau ainsi obtenu, car il ne sert point dans l'autoplastie. 3° Mais comme le rapprochement forcé et le maintien en contact des surfaces cruentées exigent une traction énergique du pavillon en arrière, il en résulterait forcément que les points de suture ainsi tiraillés couperaient la peau, surtout sur le pavillon où elle est très mince. Pour empêcher cet accident on pratique en plein cuir chevelu, à 15 millimètres environ en haut et en arrière du tracé postérieur, une incision en arc de cercle intéressant seulement la peau, destinée à permettre un meilleur glissement en bas et en avant des téguments mastoïdien, qui se prêtent ainsi mieux au rapprochement final. 4° Cela fait il ne reste plus qu'à rabattre le pavillon en arrière et à affronter exactement les lignes d'incision cutanée à l'aide de quelques points séparés au crin de Florence. L'accolement des parties cruentées doit être fait dans toute leur étendue ; il faut avoir soin de ne pas créer d'espace mort et pour cela appliquer la face cruentée du lambeau mastoïdien rabattu en volet contre la paroi profonde des plans suturés (fig. 11).

6° *Procédé de Passow-Trautmann.* — On pratique au niveau des pôles supérieur et inférieur de l'orifice deux incisions verticales longitudinales de 4 à 5 millimè-

tres dont deux empiètent dans la cavité évidée. Puis on mène deux incisions semi-circulaires, une antérieure et une postérieure, réunissant les deux premières, distantes de quelques millimètres du rebord de l'orifice et plus distantes au niveau de l'équateur. Le tracé postérieur doit traverser le périoste, le tracé antérieur doit aller en profondeur jusqu'au périchondre. Au niveau de la demi-circonférence postérieure, le lambeau cutanéo-périoste doit être détaché à la rugine et refoulé vers la cavité mastoïdienne. Au niveau de la demi-circonférence antérieure, le lambeau cutané sera disséqué au bistouri. Enfin les téguments cutanés recouvrant l'apophyse mastoïde seront légèrement décollés avec la rugine, en arrière de la demi-circonférence postérieure, de façon à pouvoir mobiliser plus facilement cette lèvre pour la suture. On rabat ensuite les deux lambeaux vers la cavité mastoïdienne, de telle sorte que la face épidermique soit dirigée en dedans, et l'on pratique les sutures. Avec une aiguille fortement coudée on suture horizontalement les deux lèvres de chaque lambeau. Si, en raison de la saillie du rebord osseux apophysaire, l'aiguille ne peut être manœuvrée dans le sens horizontal, on fait les sutures dans un plan longitudinal, technique d'exécution délicate mais élégante. On traverse les lambeaux antérieur et postérieur deux fois dans le diamètre longitudinal, de telle façon qu'il y ait quatre fils dans le lambeau antérieur et quatre dans le lambeau postérieur. La pénétration de l'aiguille dans le sens vertical est très facile. Quand les fils sont placés on les noue tous transversalement·

Dans un dernier temps, la peau est suturée au crin de Florence par rapprochement des deux lèvres externes (fig. 12).

7° *Procédé d'Alexander.* — C'est une simple modification de la méthode de Passow destinée à éviter la superposition directe des deux étages de sutures. L'ouverture rétro-auriculaire est avivée excentriquement, de telle sorte qu'à son contour postérieur il reste un lambeau étroit et à son contour antérieur un lambeau large. De cette façon, la suture de l'étage profond est au voisinage immédiat de la lèvre postérieure de l'ouverture ; comme soutien de la suture superficielle on a la surface cruentée du large lambeau antérieur rabattu et le bord conjonctif antérieur de l'ancienne ouverture rétro-auriculaire.

8° *Procédé de Paul Laurens.* — Le principe qui guide sa technique est exactement celui de Passow : seulement la taille des lambeaux est un peu simplifiée. On trace deux incisions, l'une antérieure, l'autre postérieure ; l'antérieure part de 1 centimètre du pôle supérieur, s'arrondit, puis vient côtoyer la cicatrice et se terminer à 1 centimètre du pôle inférieur ; le trajet est le même en arrière pour la postérieure. Les lambeaux sont ensuite disséqués jusqu'à l'os, retournés, et réunis par deux ou trois points de catgut. Au-dessus d'eux, on rapproche les deux bords de la plaie avec du crin de Florence que l'on retire dix ou douze jours après.

Chapitre III

PROCÉDÉS AUTOPLASTIQUES IMMÉDIATS AVEC OUVERTURE PERMANENTE

Quelques opérateurs, fermement résolus à maintenir l'ouverture rétro-auriculaire béante jusqu'à épidermisation parfaite, ont imaginé d'introduire dans la cavité opératoire des lambeaux pris aux téguments voisins et destinés à la fois à diminuer les longueurs de la cutanisation en l'amorçant eux mêmes et à vaincre la tendance naturelle de la plaie à se fermer.

1° *Procédé de Kretschmann.* — On taille deux lambeaux quadrangulaires aux dépens de la lèvre postérieure de la plaie rétro-auriculaire. Une première incision est faite parallèlement à celle du début de l'opération, à 1 centimètre en arrière de l'ouverture et sur une largeur de 5 centimètres environ. Du milieu de cette incision on en fait partir une seconde perpendiculaire qui va rejoindre le bord postérieur de la plaie. Les deux lambeaux quadrangulaires à bases, l'une supérieure et l'autre inférieure, sont alors disséqués au

bistouri sans entamer le périoste et rabattus respectivement dans la partie de la cavité opératoire que chacun d'eux doit revêtir. Quant à la surface périostée dénudée elle bourgeonne et se cicatrise rapidement (fig. 13).

Naturellement on peut ajouter à ce procédé la taille des lambeaux de Stacke et de Panse aux dépens du conduit membraneux.

2° *Procédé de Luc.* — Pour parer aux inconvénients résultant du peu de longueur des lambeaux de Kreschmann, Luc modifia le procédé en taillant un seul lambeau beaucoup plus long. L'incision part de l'extrémité supérieure de la plaie rétro-auriculaire, chemine en entamant la lèvre postérieure de l'incision du début et se termine à 1 centimètre en arrière de l'extrémité inférieure de l'ouverture. Le long lambeau triangulaire à base inférieure qui en résulte est ensuite refoulé dans la plaie par le pansement (fig. 14).

3° *Procédé de Stacke.* — Il taille d'abord un lambeau uniquement cutané et à base supérieure qu'il introduit dans la cavité opératoire pour en revêtir le toit ; puis au-dessous de ce premier volet il taille un lambeau exclusivement périostal dont l'extrémité libre est sous-jacente à la base du volet cutané au niveau de la ligne temporale et la base s'étend jusqu'aux insertions mastoïdiennes du muscle sterno-cléïdo-mastoïdien. Le dernier volet périostal est refoulé dans la cavité évidée pour en tapisser le plancher.

4° *Procédé de Passow.* — Nous renonçons à donner de ce procédé une description opératoire détaillée ;

pour en rendre la compréhension facile il faudrait, pour le moins, avoir sous les yeux les figures que Passow a annexées à sa description en 1898. Aussi nous contenterons-nous de retenir seulement ce qui nous intéresse dans sa technique compliquée. Notons d'abord que l'incision cutanée au début de la cure radicale, différente de celle des procédés classiques, commence en haut à 2 centimètres en arrière du pavillon sur le bord postérieur de la mastoïde et à 1 centimètre au-dessous de la ligne temporale et descend ensuite obliquement en arrière et en dedans presque à hauteur du sommet de l'apophyse. L'opération sur le tissu osseux étant terminée, et la plastique du conduit et de la conque étant réalisée par la méthode de Siebenmann, Passow taille un lambeau quadrangulaire aux dépens de la peau située derrière le pavillon. Voici comment il procède: de l'extrémité inférieure de la grande incision en part une seconde se dirigeant obliquement en dehors et en bas sans toutefois dépasser le bord inférieur du pavillon de l'oreille ; à ce moment on fait tomber perpendiculairement sur elle une nouvelle incision dont la longueur dépend de la surface que doit revêtir le lambeau ainsi délimité. Le volet quadrangulaire est ensuite refoulé dans la profondeur et maintenu par le tamponnement ; quant à la perte de substance, elle est réparée par la suture.

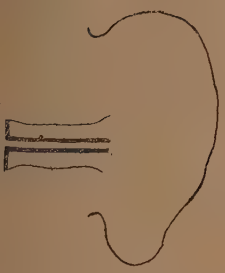

fig 1

fig 2

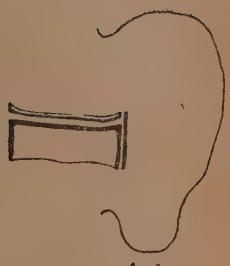

fig 3

fig 4.

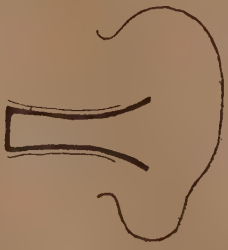

fig 5.

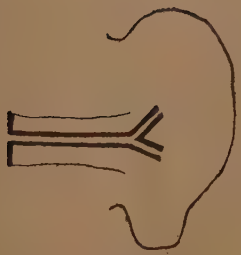

fig 6

fig 7

fig 10.

fig. 8

fig. 9

fig. 11

fig. 12.

fig. 13

fig. 14.

DEUXIÈME PARTIE

Nous avons vu dans la première partie de ce travail les différents procédés autoplastiques employés à l'évidement pétro-mastoïdien. Il faut constater tout d'abord qu'il y a unanimité parmi les chirurgiens dans certains cas nettement indiqués. Tous reconnaissent la nécessité de l'ouverture rétro-auriculaire permanente lorsqu'il y a des complications cérébrales ou méningées : abcès du cerveau, phlébite du sinus latéral, infection des méninges. La plupart admettent également la même technique en présence de lésions cholestéatomateuses. Mais dans toutes les autres circonstances il y a désaccord et deux écoles se trouvent généralement en présence, à l'étranger comme en France, qui soutiennent, l'une l'ouverture permanente et l'autre la fermeture immédiate.

Parmi les partisans de cette dernière, nous rencontrons à l'étranger : Passow, Schwartze, Rheinhard, Körner, Urbantschitsch, Siebnemann, Ermann. En France,

Moure et l'école de Bordeaux en sont les fervents défenseurs.

Au contraire, Stacke, Trautmann à l'étranger, Broca, Mahu, Castex, en France, préfèrent l'ouverture permanente. D'autres auteurs adoptent, suivant les cas, l'une ou l'autre méthode: Lubet-Barbon, Kretschmann, Botey, Compaired, Lermoyez et G. Laurens.

Il nous paraît dès à présent que l'autoplastie immédiate systématiquement voulue et appliquée par Moure doit être rejetée, en règle générale.

Nous avons vu pratiquer dans le service de notre maître, M. le Dr Broca, quantité d'évidements ; nous avons pris connaissance de toutes les observations recueillies dans le service depuis plus de douze ans ; nous avons pansé nous-même des évidés, et c'est à la suite de l'étude de tous ces cas que nous sommes arrivé à cette conclusion : *Ne pas fermer immédiatement un évidement pétro-mastoïdien. — Recourir seulement plus tard et suivant les cas à une autoplastie secondaire.*

Pour justifier une pareille interprétation des faits il nous paraît indispensable de préciser les médications de l'évidement.

Il paraîtra peut-être singulier que dans un travail qui a pour titre *Les médications et les procédés autoplastiques* nous abandonnions un instant ce point de vue pour parler de l'évidement pétro-mastoïdien. Cette digression cependant nous paraît indispensable.

Faire une autoplastie immédiate, c'est considérer l'intervention comme médiocrement grave, c'est sacrifier, toutes proportions gardées, l'intérêt du malade à

l'esthétique. Nous voulons montrer au contraire qu'un évidement pétro-mastoïdien est toujours chose sérieuse ; que l'opération si elle n'est pas grave en elle-même répond à des cas toujours très inquiétants : et que dans ces conditions il est nécessaire de s'entourer de toutes les garanties possibles. Or n'est-ce pas une garantie de plus que de laisser derrière l'oreille une ouverture permanente, large, vaste, qui facilite les pansements tout en permettant une surveillance quotidienne ? Nos opérés seront peut-être moins beaux, c'est entendu, mais nous croyons leur avoir été plus utiles.

I. — DÉFINITION DE L'ÉVIDEMENT PÉTRO-MASTOIDIEN

L'évidement pétro-mastoïdien est l'ouverture simultanée de l'antre, de l'aditus et de la caisse.

L'oreille moyenne à l'état normal est formée de cavités multiples : caisse, attique, aditus, antre, cellules, mastoïdiennes. Toutes ces cavités, anfractueuses, irrégulières, communiquent entre elles.

Évider, c'est réunir ces cavités entre elles ; c'est faire dans le rocher une cavité unique, à bords lisses, sans diverticules, comprenant l'antre, l'aditus et la caisse.

La cavité opératoire ainsi formée, a la forme d'un puits à orifice externe large, s'ouvrant à la fois derrière l'oreille et par le conduit auditif agrandi.

Le propre de cette cavité est de rester intacte : ce doit être l'unique préoccupation du chirurgien.

Il faut que l'épidermisation se fasse de la périphérie vers le centre, et que lorsque l'enfant sera guéri, il ait une cavité égale à celle de son opération.

Pour arriver à ce résultat on comprend déjà toute la

longueur du traitement ; toute la minutie des pansements, toute la surveillance nécessaire.

Nous ne décrirons pas les divers moyens de pratiquer cet évidement, soit que l'on attaque franchement l'antre pour aller à la caisse, soit que l'on aille au contraire de la caisse vers l'antre. Cette discussion ne serait pas à sa place dans ce travail.

D'ailleurs, un évidement, quel que soit le procédé employé, a toujours le même but et le même résultat, c'est-à-dire la réunion de l'oreille moyenne et de toutes ses cellules annexes.

II. — INDICATIONS DE L'ÉVIDEMENT PÉTRO-MASTOIDIEN

On peut être conduit à pratiquer un évidement dans quatre cas :

1° Otorrhée simple ;

2° Otorrhée avec complication aiguë (mastoïdite) ;

3° Otorrhée avec complications chroniques de voisinage : abcès cérébral ; phlébite des sinus etc. ;

4° Otorrhée avec cholestéatome.

On voit déjà que dans tous ces cas il s'agit d'otorrhée avec ou sans complications. L'écoulement chronique de l'oreille est la base de toutes les indications opératoires. Tous les auteurs qui se sont occupés de la question, spécialistes ou non, demeurent absolument d'accord sur l'indication de l'évidement dans les trois derniers cas : une mastoïdite, dans une vieille suppuration de l'oreille ; une thrombose des sinus ; du cholestéatome, tout cela, sans conteste, relève de l'évidement pétro-mastoïdien, large et précoce.

Quand il s'agit au contraire d'otorrhée simple, les avis sont partagés. Nous insistons particulièrement sur ce point parce que nombre d'auteurs ont préconisé comme cure radicale de l'otorrhée, l'évidement pétro-mastoïdien. M. le professeur Moure de Bordeaux, avec sa grande autorité en la matière, a toujours soutenu cette méthode thérapeutique.

Dans une thèse inspirée par lui et due à M. Hermann en 1906, et intitulée *Procédés autoplastiques de la cure radicale de l'otorrhée,* nous trouvons seize observations,concernant des otorrhées simples ou compliquées.

La plupart de ces observations sont celles d'otorrhées simples.

De plus nous lisons : « Nous ne saurions mieux faire en terminant pour montrer que les résultats obtenus ne le cèdent en rien à ceux des autres chirurgiens que de citer quelques chiffres communiqués par MM. Moure et Brindel au VII[e] congrès international d'otologie de Bordeaux, août 1904. Sur 269 cures radicales parmi lesquelles 127 avec symptômes d'une complication confirmée ou imminente, dont 42 cas de cholestéatome, 18 morts du fait d'une lésion générale ou d'une complication opérée trop tardivement. »

Il y a donc eu sur ces 269 cas, 142 qui étaient des otorrhées simples. C'est précisément ce nombre qui nous paraît considérable. Pratiquer systématiquement un évidement dans une otorrhée, nous semble une thérapeutique trop radicale. Le traitement d'une otorrhée, entre des mains expertes de spécialistes, doit passer par trois

phases : traitement médical, ablation des osselets, évidement.

Ces trois étapes doivent être rigoureusement franchies ; et quand on évide une oreille qui coule depuis longtemps, on brûle une ou deux de ces étapes.

Le traitement médical, ou plutôt la suppression des traitements fantaisistes souvent institués, suffit parfois à guérir de vieilles suppurations. A supposer que malgré tout, l'écoulement se poursuive, faut-il évider ? Non, répondons-nous sans hésiter, car entre le traitement médical et l'évidement, il y a place pour une thérapeutique un peu trop négligée, dont on peut retirer les plus grands bénéfices. Nous voulons dire l'extraction des osselets.

Nous avons suivi pendant plusieurs mois la consultation spéciale d'oto-rhino-laryngologie aux Enfants-Maades, dirigée par M. le Dr Roland, et nous avons eu là l'occasion de constater la vérité de ce que nous avançons. Nombre d'otites chroniques, rebelles au traitement médical rationnel, ont été guéries par l'extraction des osselets.

M. Roland nous a dit en avoir vu également un grand nombre, guéries par le même procédé à la clinique des Drs Boulay et Lemarch'adour dont il est l'assistant. Si bien qu'à cette clinique où la quantité des malades soignés est considérable, il n'y a eu pour ainsi dire pas d'évidements depuis plusieurs années.

En quoi cela, d'ailleurs, est-il surprenant ? Que les otites chroniques guérissent par l'ablation des osselets, l'est un fait de constatation journalière. Nous ne vou-

lons pas dire que *toute* otite chronique doit guérir par ce moyen. Ce serait tomber dans un excès contraire ; mais il y en a une proportion très grande qui cèdent à cette intervention. Et cela se comprend. Une suppuration d'oreille est entretenue par des infections pharyngées ; il se fait de l'ostéite des osselets ; puis secondairement de l'ostéite pariétale. Certes une ablation d'osselets sera insuffisante dans les cas d'ostéite de la paroi ; mais s'il s'agit comme cela a lieu bien souvent d'une ostéite ossiculaire, la guérison sera la règle.

Nous insistons à dessein sur ce point de thérapeutique, sur cette deuxième étape du traitement. Rien n'est plus commode.

Il va de soi que cette extraction des osselets ne pourra être faite que par un homme de métier ; mais en des mains expérimentées, la méthode en est simple et l'opération absolument indolore. Il suffit de bien savoir injecter dans la paroi supérieure du conduit une solution de cocaïne appropriée.

De ce qui précède nous pouvons donc conclure, et c'est à cela que nous voulions arriver, que l'évidement pétro-mastoïdien doit avoir des indications formelles, et qu'il ne faut y recourir qu'en dernier lieu.

Nous irions jusqu'à dire que pour faire ces évidements pétro-mastoïdiens, il faut qu'il y ait une question *vitale* en jeu.

On évidera toutes les fois qu'on sera en présence d'une complication grave survenant dans l'otorrhée, soit mastoïdite, soit abcès cérébral, soit phlébite des sinus, soit cholestéatome.

On évidera également quand, dans une otorrhée simple, ayant résisté à tout traitement, médical ou ablation des osselets, il y a abondance de pus, fièvre et douleurs de l'apophyse, car dans ces otorrhées anciennes, incurables, il y a certainement une carie pariétale, qui entretient la suppuration. Or tout ostéite profonde peut gagner, peut s'étendre ; l'affection d'abord localisée à la caisse peut envahir le toit et toucher la dure-mère. Là encore, on le voit, il y a une indication précise ; un danger grave auquel il faut parer.

Cette conduite dans l'indication de l'évidement pétro-mastoïdien, est celle que nous avons vue tenir dans le service de notre maître M. le Dr Broca. Elle est confirmée par toutes les observations prises dans le service depuis plus de quinze ans.

On peut donc présumer dès à présent que tous les cas évidés ici, ont été des cas graves, et que toujours la situation était menaçante. Nous ne pouvons mieux faire pour étayer cette assertion que de rapporter la statistique suivante :

Nous trouvons 733 observations de suppuration de l'oreille se divisant :

a) Mastoïdites aiguës avec trépanation simple 440

b) Otorrhées chroniques compliquées. (Mastoïdites chroniques, etc.). 293

Les mastoïdites aiguës simplement trépanées se divisent en :

a) Enfants au-dessus de 18 mois. 330

b) Nourrissons. 110

Sur les 330 cas de mastoïdites survenues chez des

enfants au-dessus de 18 mois, il y a 17 morts, soit 5 0/0.

Sur les 110 cas de mastoïdites de nourrissons, il y a 8 morts, soit 7 0/0. En ce qui concerne les mastoïdites des nourrissons, nous en avons trouvé une étude très complète dans la thèse du Dr Salamo, 1906, thèse qui a d'ailleurs été faite dans le service de M. le Dr Broca.

Les otorrhées chroniques, avec mastoïdites, ou complications diverses, qui ont été évidées, se divisent en :

a) Enfants au-dessus de 18 mois. 261

b) Nourrissons. 32

Sur les 261 cas d'évidement au-dessus de 18 mois : il y a 46 morts, soit 17 0/0.

Sur les 32 nourrissons évidés, il y a 11 morts, soit 34 0/0.

La simple lecture de ces chiffres montre bien la gravité des cas que l'on est forcé d'évider.

Pour achever de se convaincre il suffit de voir de quoi sont morts les enfants chez qui on a pratiqué l'évidement du rocher.

Nous avons trouvé les causes de mort suivantes chez les enfants au-dessus de 18 mois :

1° Accident et suicide	2 cas
2° Péritonite tuberculeuse	1 —
3° Abcès cérébral.	11 —
4° Méningite aiguë.	13 —
5° Abcès sous-dural	5 —
6° Tuberculose	4 —
7° Déglutition dans la trachée	1 —
8° Phlébite des sinus	6 —

9° Broncho-pneumonie . . . . . 1 —
10° Cause inconnue. . . . . 2 —

46 cas

Chez les nourrissons. — Nous avons onze morts, toutes imputables à la méningite, à la broncho-pneumonie, ou au mauvais état général. D'ailleurs ces onze cas de morts sont survenus en partie dans des mastoïdites tuberculeuses (où nous trouvons huit morts sur vingt-trois opérés).

Cette statistique est instructive à plusieurs titres. Retenons simplement : le nombre relativement élevé des évidements et la mortalité.

Sur les 733 observations classées dans le service, nous avons 293 évidements. La proportion est élevée, surtout si nous rappelons les indications strictes qui mènent à cette opération. Mais cette objection ne nous paraît pas tout à fait juste : une statistique, quelle qu'elle soit, est sujette à erreur. Et il n'est pas douteux, par exemple, que nous ne possédons pas toutes les observations de mastoïdites aiguës opérées ici. Un grand nombre ont dû être perdues, ou n'ont pas été prises. Il y a donc un écart beaucoup plus grand en réalité entre les trépanations et les évidements.

De plus, les soins rationnels donnés aux otites chroniques vont se perfectionnant chaque jour ; et il est vraisemblable que le nombre des évidements formellement indiqués doit décroître.

Quant à la mortalité, elle montre surabondamment la gravité des cas que nous avons recueillis. Elle est

notre justification, et elle est un argument de premier ordre, pour l'ouverture permanente de la plaie de l'évidement. Cette mortalité, en effet, n'est pas une mortalité opératoire. Elle est la suite naturelle des événements ; la continuation de la maladie. Or une maladie qui peut donner pourcentage aussi élevé de 17 0/0 est une maladie grave qui demande une surveillance incessante et des précautions multiples dans son évolution.

On peut cependant ajouter qu'il s'agit ici d'une clientèle d'hôpital, c'est-à-dire d'un terrain aussi mauvais que possible. Cela est vrai. On n'amène les enfants à la consultation qu'à la dernière extrémité ; et ces enfants sont dans les conditions les plus mauvaises pour résister. Un appoint à la mortalité est donc imputable au milieu dans lequel sont recrutés nos opérés.

Nous avons laissé de côté, avec intention, la mortalité des nourrissons évidés. Cette mortalité est énorme, 34 0/0. Mais nous trouvons 23 mastoïdites tuberculeuses avec 8 morts.

De plus cette question de l'évidement pétro-mastoïdien chez les nourrissons a été traitée complètement dans l'excellent travail du Dr Salamo (*Mastoïdites des nourrissons*) et nous partageons tout à fait son opinion, à savoir que l'évidement pétro-mastoïdien chez les nourrissons doit être une exception, et que la soi-disant chronicité d'une otite chez ces enfants de 18 mois aurait souvent besoin d'être plus amplement confirmée.

III. — SOINS CONSÉCUTIFS A UN ÉVIDEMENT PÉTRO-MASTOÏDIEN

Prenons un enfant, atteint de l'un quelconque des cas énumérés au précédent chapitre, et chez lequel on a décidé un évidement. Cette décision prise encore une fois, parce que toute autre thérapeutique serait vaine, et après avoir essayé tout ce qui était possible ; on l'évide.

Nous n'avons pas à décrire les procédés variables dont nous avons déjà dit un mot plus haut.

M. le Dr Broca systématiquement pratique une trépanation de l'antre et va secondairement à la caisse ; cependant dans des cas particuliers il lui arrive de faire comme Stacke, c'est-à-dire d'entrer dans la caisse par l'attique et d'aller ensuite à l'antre.

L'opération achevée que doit-on faire ? Allons-nous fermer la plaie et pratiquer une autoplastie immédiate ? Allons-nous laisser l'ouverture béante, d'une façon permanente ?

La conclusion inéluctable de ce que nous avons dit dans les chapitres précédents est que nous laissons tou-

jours la plaie largement ouverte. Après l'évidement achevé, on fend le conduit sur la ligne médiane aux ciseaux, de façon à agrandir le méat auditif ; au besoin même on résèque les deux coins de cette fente en haut et en bas, et on bourre ainsi la plaie avec de la gaze aseptique, par le conduit et par la plaie rétro-auriculaire.

Cette technique opératoire, M. le Dr Broca la suit invariablement (nous verrons pourtant quelques exceptions). Son assistant, M. le Dr Roland, nous a dit avoir toujours vu employer ce procédé dans le service, et y être fidèle lui-même.

Ce n'est donc pas sans un certain étonnement que nous avons trouvé cette phrase dans la thèse d'Hermann :

« Broca a pendant longtemps préconisé l'ouverture largement béante de la cavité rétro-auriculaire, depuis ces dernières années il a pratiqué la réunion immédiate. »

Or sur les 293 évidements dont nous avons eu les observations entre les mains, nous trouvons seulement cinq cas de fermeture immédiate. Ce sont les observations I, II, III, IV et V que nous rapportons plus loin. Et ces cinq cas comprennent, un cas (obs. III) opéré par un des anciens assistants du service, M. le Dr Weil, deux cas de Stacke proprement dits pour otorrhée grave et deux cas de mastoïdite et d'otite chronique. Les deux malades (obs. I et II) avaient été vus et soignés pendant longtemps par M. le Dr Roland. C'est ce dernier qui les fit opérer à M. Broca, et c'est sur les instigations pressantes de Roland que M. Broca consentit à faire une réunion immédiate.

M. Roland pensait que des cas (obs. I et II) de gravité relative se trouveraient bien d'une autoplastie immédiate. Il a regretté depuis cette occlusion de la plaie, car si les malades ont un résultat esthétique parfait, ils ont conservé des points d'ostéite pariétale avec suppuration persistante, qu'on peut très difficilement panser.

Les deux autres observations IV et V, concernent des otites graves avec phénomènes locaux. On fit la réunion immédiate; mais les enfants vus cette année ont encore un peu de pus dans la caisse.

M. Broca est donc partisan absolu de l'ouverture permanente, et il suffit de suivre son service pour s'en convaincre.

Faut-il donc rejeter complètement toutes les autoplasties immédiates ?

Autoplastie totale : obturant la plaie, oui. Mais entre les procédés de fermeture complète, et la béance totale, il y a des intermédiaires. Ce sont ces seuls procédés intermédiaires que nous croyons favorables. Nous voulons dire : créer au moyen d'un lambeau, une amorce d'épidermisations. Kretschmann a indiqué cette méthode qui lui aurait donné de bons résultats. Luc à modifié le procédé de Kretschmann en faisant un lambeau unique à pédicule inférieur, au lieu de deux lambeaux.

Nous avons vu essayer cette méthode chez deux malades, dont nous rapportons les observations. Après l'évidement on taille un grand lambeau sur la mastoïde à pédicule large et inférieur qu'on rabat dans la plaie.

Immédiatement l'aspect des surfaces opératoires est satisfaisant; mais la suite est moins belle. Ce lambeau

se maintient très difficilement dans la plaie, il sort avec les mèches ; il macère dans le pus, et paraît entretenir la suppuration en jouant le rôle d'un véritable corps étranger.

Chez nos deux malades qui sont encore en traitement, nous ne pouvons encore dire l'avantage qu'ils en auront retiré ; mais cependant il nous paraît que cet avantage ne sera pas très important.

Un dernier point nous reste à étudier : le pansement de l'évidé. Ce point d'ailleurs est capital, et il est pour nous un argument de plus en faveur de l'ouverture permanente de la plaie mastoïdienne.

De l'avis unanime de tous les auteurs, le pansement d'un évidement pétro-mastoïdien nécessite une très longue habitude. Suivant l'expérience de Lermoyez il faut deux ans pour faire un bon panseur. A l'hôpital des Enfants-Malades, ces pansements sont faits sous la direction de M. le Dr Roland, dans le service de M. le Dr Broca. Il y a en moyenne une dizaine d'évidés en traitement d'une façon permanente.

Pendant plusieurs mois nous avons suivi la consultation spéciale, où nous avons appris à faire ces pansements et où nous les avons faits ensuite nous-même.

D'une façon générale le pansement consiste à bourrer la cavité avec des mèches aseptiques, introduites à la fois par le conduit et par la plaie.

Chaque fois, il est loisible, la cavité étant bien asséchée, de voir l'état des parois ; de cautériser les points douteux, et de suivre l'épidermisation pas à pas.

Autant l'épidermisation est lente, autant la tendance

à la cicatrisation de la plaie est rapide. Nous voulons dire que la brèche mastoïdienne tend continuellement à se fermer. Il suffit d'un pansement mal fait, pour trouver trois jours après, une production intense de bourgeons charnus, oblitérant presque absolument la fistule.

Nous avons soin de mettre toujours une mèche dans le conduit, et de bien passer cette mèche ; car un des plus grands écueils est l'atrésie du conduit. Bien que ce conduit ait été fendu en opérant, il se retrécit avec une rapidité extraordinaire ; aussi est-il nécessaire de lutter journellement pour maintenir le calibre à une bonne dimension, c'est-à-dire un peu supérieure à la normale. La durée de ces pansements est longue et nous sommes encore à trouver un évidé qui ait guéri en six semaines. Nous avons lu dans plusieurs ouvrages que la guérison d'un évidement pétro-mastoïdien était une question de semaines ; pour nous il s'est toujours agi d'une question de mois.

Nous avons essayé tous les procédés de pansements décrits récemment : l'acide borique en poudre, etc.... Dans certains cas nous avons eu de ces terminaisons heureuses en deux mois ou trois. Nos évidés demandent six mois de traitement au moins, et nous en connaissons qui ont été pansés un an ou dix-huit mois.

Nous pensons que peut-être ces épidermisations rapides répondent à des cas extraordinairement favorables, et que nos cas au contraire à gravité notable sont plus lents dans leur évolution.

En ce qui concerne l'emploi de l'acide borique en

poudre nous devons simplement reconnaître la propriété de ce produit pour enlever l'odeur fétide des sécrétions.

C'est quand on a suivi journellement ces pansements si difficiles et si longs, qu'on reste convaincu de la nécessité de l'ouverture permanente des plaies mastoïdiennes. On se demande comment l'autoplastie immédiate ayant été faite, il est possible de panser utilement un évidé par le conduit qui s'atrésie de plus en plus.

Il faudrait avoir un conduit large, énorme, qui permettrait de surveiller à la fois, la caisse, l'aditus et l'antre ; et encore il est probable qu'une partie du toit échapperait à la vue.

IV. — CE QUE DEVIENNENT LES ÉVIDÉS

Après un temps plus ou moins long, mais toujours notable, l'évidement se guérit ; l'épidermisation est complète et la caisse est sèche. En quel état est notre malade et que va t-il devenir ?

Il a presque toujours une cavité rétro-auriculaire de volume variable et communiquant avec la caisse.

C'est de ces malades qu'on a dit qu'ils avaient « une plaie hideuse, qu'ils étaient un objet de raillerie de la part de leurs camarades ; qu'ils étaient forcés d'employer des artifices de toilette pour masquer leur infirmité ; qu'ils avaient des vertiges par suite de l'arrivée de l'air dans la caisse à travers la cavité mastoïdienne et enfin qu'ils étaient plus exposés aux infections secondaires ».

Tous ces reproches sont plus ou moins fondés ; quoiqu'il soit possible de les discuter.

En quoi est-il plus hideux d'avoir une cavité rétro-auriculaire, qu'un conduit auditif démesurément large ?

En quoi une plaie peut-elle s'infecter davantage, par la fistule mastoïdienne que par le conduit ?

En quoi l'air arrivant sur le promontoire par la voie rétro-auriculaire, occasionne-t-il plus de vertiges que par la voie directe du conduit ?

Nous reconnaissons volontiers pourtant qu'au point de vue extérieur, un évidement suivi d'autoplastie immédiate a plus belle apparence qu'un évidement laissé ouvert, le procédé d'autoplastie immédiate a pour lui l'esthétique ; le procédé d'ouverture permanente a pour lui la sécurité plus grande du traitement ; et tout compte fait nous pensons qu'il vaut mieux être utile qu'agréable.

Il est certain qu'on doit autant que possible envisager le résultat esthétique, mais au deuxième plan. Nous estimons que pour mener à bonne fin un évidement, il faut laisser une ouverture permanente, donc pas d'autoplastie immédiate. Ce n'est que plus tard que nous réparerons les dégâts voulus par une situation grave, donc autoplastie tardive, s'il y a lieu.

Tout ce qui précède est la conclusion de l'étude des opérés, suivis par nous chez M. le Dr Broca.

Nous avons trouvé 293 cas d'évidements dont 32 chez des nourrissons. Nous ne nous occuperons pas de ces derniers dont les observations ont été d'ailleurs publiées dans la thèse de Salamo.

Sur les 261 cas d'évidements pratiqués au-dessus de 18 mois, nous avons vu qu'il y avait eu 46 morts.

Nous avons recherché les 215 autres enfants survi-

vants. Il y a parmi eux des opérés depuis plus de douze ans ; il y en a d'autres encore en traitement.

La recherche des enfants opérés est chose ingrate et difficile. Un grand nombre sont inconnus aux adresses données ; d'autres ont disparu. C'est après de longues et fatigantes démarches que sur nos 215 opérés, nous en avons retrouvé 71. Il y en a 144 d'inconnus, ou qui habitent trop loin pour qu'il nous ait été possible de les revoir.

Ce sont ces 71 observations que nous donnons plus loin. Elles nous ont paru intéressantes à rapporter bien que quelques-unes aient été déjà publiées par M. Lubet-Barbon et Broca ; parce qu'elles ont trait à des enfants que nous avons revus nous-même, longtemps après leur opération, cinq ans, dix ans plus tard. Nous avons pu ainsi nous rendre compte de ce que devenaient les évidements pétro-mastoïdiens à longue échéance, et connaître aussi les impressions des évidés.

On peut diviser ces 71 cas en quatre catégories.

A). — Évidements pétro-mastoïdiens avec autoplasties immédiates.

Obs. 1 (Stacke).

Otique chronique. Autoplastie immédiate.

Q..., Jeanne, 13 ans.

Vue en 1901 au dispensaire antituberculeux de Saint-Denis par M. le Dr Roland.

Le conduit est presque oblitéré par des productions osseu-

ses. L'otite date de cinq ans. Il est impossible de faire quoi que ce soit dans la caisse.

Pour ce motif on décide une intervention.

Opération de Stacke. Grosses lésions de la caisse et de l'aditus; on ne va pas jusqu'à l'antre.

Suture immédiate de la peau. On ferme complètement sans lambeau.

Pansement par le conduit.

En 1908, quatre ans après, l'enfant revient encore de temps en temps au pansement. La cicatrice mastoïdienne est parfaite; mais la caisse suppure toujours abondamment.

Obs. 2 (Stacke).

Otite chronique. Autoplastie immédiate.

M..., Ferdinand, 12 ans.

Opéré le 21 décembre 1904, pour otite chronique. Datant de quatre ans.

Destruction totale de la membrane, carie des osselets.

En haut il existe à la paroi supérieure des granulations à l'attique. Le mur de la logette est le siège d'ostéite évidente.

Opération de Stacke. On ne touche pas à l'antre. Suture immédiate de la peau.

Pansement par le conduit.

En 1908. — On revoit encore quoique rarement l'enfant.

Cicatrice mastoïdienne parfaite: mais il y a encore de la suppuration qui vient d'en haut et qu'il est impossible de tarir.

Obs 3 (Stacke).

Suppuration chronique. Autoplastie immédiate.

M..., Maurice, 18 ans.

Otite datant de treize ans.

Trépané à l'âge de 16 ans (service de M. Routier).

L'oreille a toujours suppuré depuis.

Mai 1903 (M. Weil). — Élargissement de l'évidement osseux. Évidement total. Suture immédiate de la peau par des lambeaux taillés en T aux dépens du conduit.

En 1908. — On nous a dit que l'enfant était guéri avec une bonne cicatrice mais qu'il avait encore un peu de suppuration de l'oreille.

Obs. 4. — Lep..., Marcelle, 9 ans 1/2.

Otorrhée droite datant de l'enfance. Évidement le 21 mars 1901 avec fermeture rétro-auriculaire immédiate. Actuellement il ne reste qu'une cicatrice linéaire, mais le méat est très grand et disgracieux. État général excellent.

Obs. 5. — Sch..., Jeanne, 5 ans 1/2.

Otorrhée avec mastoïdite. Évidée le 9 juillet 1902. Fermeture immédiate de la plaie rétro-auriculaire ; guérison après plus de quinze mois de soins minutieux. Il persiste actuellement une cicatrice linéaire absolument invisible.

Nous avons déjà parlé de ces cinq observations ; nous ne les commenterons pas davantage. Plusieurs de ces malades ne sont pas absolument guéris, et nous croyons

que l'opération de Stake qu'on leur a fait a été inutile ou insuffisante, et un évidement large à ouverture définitive aurait probablement tari la suppuration de la cavité.

B). — **Évidements pétro-mastoïdiens à cavité ouverte permanente.**

Obs. 6. — Ben..., René, 7 ans.

Enfant opéré de mastoïdite aiguë gauche à l'âge de 21 mois; soigné négligemment, il resta une fistule mastoïdienne. Évidé le 21 mai 1907. Actuellement en bonne voie de guérison.

Obs. 7. — B..., Ernest, 11 ans 1/2.

Otite suite de rougeole datant de l'âge de 3 ans, ayant résisté à tout traitement. Poussée aiguë de mastoïdite ; évidé le 12 mai 1899. Revu en décembre 1907 : jeune homme de 19 ans, à intelligence peu développée ; guérison parfaite avec une cavité rétro-auriculaire communiquant avec l'extérieur par un orifice de la grosseur d'un pois.

Obs. 8. — Ba..., Renée, 10 ans.

Otite chronique, suppuration de l'attique. Évidée par le Stacke en juillet 1897. Revue décembre 1907, mère de famille, absolument guérie et ne conservant qu'un petit orifice lenticulaire dans le sillon rétro-auriculaire droit.

Obs. 9. — Bourd..., Marcelle, 2 ans 1/2.

Otite ancienne avec fistule mastoïdienne. Évidée en août 1895. Actuellement jeune fille de 15 ans, complètement guérie. Conserve invisible dans le sillon rétro-auriculaire gauche un ori-

fice lenticulaire communiquant avec une cavité parfaitement cutanisée.

Obs. 10. — Blu..., Maurice, 10 ans 1/2.

Abcès mastoïdien, suite d'otite. Évidement en avril 1898. Revue en décembre 1907 : orifice ovalaire de la grosseur d'un petit pois dans le sillon rétro-auriculaire gauche. Guérison parfaite.

Obs. 11. — Bl..., Julie, 12 ans.

Mastoïdite chronique droite. Évidement par le Stacke en mai 1900. Actuellement la guérison se maintient et il ne reste qu'un petit orifice rétro-auriculaire.

Obs. 12. — Bes..., Maria, 8 ans.

Mastoïdite chronique avec otorrhée, évidée le 10 février 1900. Revue en décembre 1907, jeune fille de 16 ans bien portante, sans suppuration auriculaire, ne conservant plus qu'un orifice mastoïdien de la grosseur d'un pois, masqué complètement par le pavillon.

Obs. 13. — A..., Marie, 11 ans.

Évidée en octobre 1900 pour otite gauche chronique avec phénomènes de mastoïdite et polypes de l'oreille. Actuellement jeune fille de 18 ans, très bien portante, bien guérie de sa suppuration. Conserve dans le sillon rétro-auriculaire gauche un orifice de la dimension d'un pois qu'elle désirerait voir fermé. Sa difformité auriculaire a passé complètement inaperçue à l'école.

Obs. 14. — Ch..., Renée, 9 ans.

Otite ancienne, mastoïdite aiguë et phénomènes cérébraux.

Évidement le 5 août 1904. En février 1908 la guérison se maintient et il reste seulement un orifice de la grosseur d'un petit pois dans le sillon rétro-auriculaire. État général excellent.

Obs. 15. — Cun..., Lucie, 6 ans.

Otorrhée droite datant de la naissance avec mastoïdite chronique et phénomènes généraux. Évidement le 3 mars 1900. Actuellement guérison maintenue, avec orifice rétro-auriculaire béant gros comme un pois.

Obs. 16. — Char..., Sparticus, 10 ans.

Otite chronique avec poussée de mastoïdite aiguë. Évidement le 13 mai 1902. Revient encore actuellement de temps en temps au pansement car il reste une petite surface dénudée dans la cavité évidée.

Obs. 17. — Coup..., Henri, 5 ans 1/2.

Otite chronique avec mastoïdite aiguë. Évidé en janvier 1904. Revu en décembre 1907, parfaitement guéri ; il ne reste qu'un petit orifice béant dans la région mastoïdienne.

Obs. 18. — Dumé..., Émile.

Otite chronique avec mastoïdite aiguë. Évidé le 13 mai 1904. Complètement guéri en 1905. Revu il y a quelques jours ; la guérison se maintient ; petit orifice rétro-auriculaire avec cavité absolument épidermisée.

Obs. 19. — De..., Georges, 10 ans.

Otite chronique avec mastoïdite aiguë. Évidement en décembre 1906. Guéri en 1907. Depuis excellent état général ; cicatrice rétro-auriculaire linéaire avec orifice de la grosseur d'un petit pois.

Obs. 20. — Dup..., Jeanne, 8 ans.

Mastoïdite aiguë greffée sur une vieille otorrhée. Évidée en septembre 1899. Guérison maintenue. Demande qu'on lui ferme son orifice rétro-auriculaire.

Obs. 21. — Déri..., Alice, 5 ans.

Otite chronique avec poussée aiguë de mastoïdite. Évidement en octobre 1902. N'a plus actuellement qu'un orifice rétro-auriculaire béant de la grosseur d'une noisette.

Obs. 22. — Fl..., Jeanne, 12 ans.

Otite ancienne avec mastoïdite chronique. Évidée en avril 1907. Actuellement complètement guérie.

Obs. 23. — Fou..., Paul, 5 ans 1/2.

Otorrhée avec mastoïdite aiguë. Évidé le 18 juillet 1900. Revu en février dernier complètement guéri. Cavité communiquant avec l'extérieur par un orifice gros comme une noisette.

Obs. 24. — Fo..., Jean, 11 ans.

Otorrhée ancienne avec mastoïdite chronique. Évidé en juin 1907. Actuellement parfaitement guéri.

Obs. 25. — Fal..., Germaine, 2 ans.

Otorrhée et mastoïdite chronique. Évidement 20 février 1906. Actuellement complètement guérie. Petit orifice rétro-auriculaire béant.

Obs. 26. — Go..., Henri, 15 ans.

Vieille otorrhée rebelle. Évidement par le Stacke en mai 1900. Revu, il y a quelques jours, en très bon état. Orifice rétro-auri-

culaire de la grosseur d'une noisette, demande à ce qu'on le lui ferme.

Obs. 27. — Grib..., Marius, 10 ans 1/2.

Otite chronique droite, trépanation puis évidement en 1902. Actuellement grande cavité rétro-auriculaire largement ouverte à l'extérieur avec un petit point dénudé au plafond.

Obs. 28. — Hu..., Aline, 8 ans 1/2.

Otorrhée avec mastoïdite chronique. Évidement en novembre 1902. Actuellement guérison maintenue avec un pertuis rétro-auriculaire de la grosseur d'une lentille.

Obs. 29. — Jo..., Marius, 10 ans.

Vieille otorrhée. Évidé par le Stacke en novembre 1898. La guérison se maintient avec un orifice rétro-auriculaire gros comme un pois.

Obs. 30. — Jar..., Maurice, 3 ans.

Otorrhée, fistule mastoïdienne. Évidement en juillet 1907. Actuellement presque complètement guéri.

Obs. 31. — Jos..., Lucien, 5 ans.

Otorrhée et mastoïdite aiguë. Évidé en mai 1903. Revu ces jours derniers parfaitement guéri; il ne reste qu'un petit orifice lenticulaire dans la région mastoïdienne.

Obs. 32. — Lerou..., Yvonne, 6 ans.

Otorrhée ancienne, mastoïdite chronique. Évidement en mars 1899. Revue il y a peu de temps parfaitement guérie avec une grande cavité rétro-auriculaire largement ouverte à l'extérieur.

Obs. 33. — Laf..., Ernest, 7 ans.

Otorrhée et mastoïdite chronique. Évidé en juillet 1898. Actuellement complètement guéri ; orifice rétro-auriculaire de la grosseur d'une noisette ; cavité absolument sèche.

Obs. 34. — Le..., Mathilde, 5 ans.

Otorrhée et abcès mastoïdien. Évidée le 21 mai 1893 ; guérie en novembre ; revue en février 1908 avec un petit orifice rétro-auriculaire gros comme une noisette.

Obs. 35. — Lec..., Marcel, 11 ans.

Mastoïdite chronique. Évidement en octobre 1905. Guérison parfaite et maintenue avec petit orifice mastoïdien.

Obs. 36. — Lat..., Auguste, 20 mois.

Otorrhée et mastoïdite aiguë. Évidé en janvier 1904. Actuellement la guérison se maintient parfaite. Orifice mastoïdien béant.

Obs. 37. — Ler..., Léon, 3 ans.

Otorrhée, mastoïdite aiguë ; évidement le 20 janvier 1906. Revu en décembre 1907 parfaitement guéri.

Obs. 38. — Mattr..., Jean.

Otite chronique, poussée aiguë de mastoïdite. Évidement en décembre 1902. Guéri actuellement avec un orifice mastoïdien gros comme un pois.

Obs. 39. — Maz..., Marthe, 8 ans.

Mastoïdite chronique. Évidement en 1905. Actuellement guérison maintenue ; orifice lenticulaire.

Obs. 40. — Métay..., Marcel, 12 ans.

Otorrhée et mastoïdite aiguë. Évidé le 6 octobre 1907. Est actuellement complètement guéri avec un orifice rétro-auriculaire de la grosseur d'un pois.

Obs. 41. — Mour..., Madeleine, 6 ans 1/2.

Otorrhée avec poussée aiguë de mastoïdite. Évidement le 23 novembre 1896. Actuellement guérie avec un volumineux orifice mastoïdien.

Obs. 42. — Mang..., Marcel, 9 ans.

Otite et mastoïdite chroniques. Évidé en octobre 1900. Actuellement en très bon état ; il persiste un petit pertuis rétro-auriculaire.

Obs. 43. — Petr... Robert, 11 ans 1/2.

Mastoïdite suite d'otorrhée. Évidé en août 1902. Revu fin de 1907 en très bon état local et général.

Obs. 44. — Ph..., Robert, 6 ans.

Mastoïdite chronique gauche. Évidement le 31 janvier 1906. Actuellement guéri, orifice rétro-auriculaire de la dimension d'une pièce de 50 centimes.

Obs. 45. — Piv..., Georges, 9 ans.

Vieille otorrhée, poussée mastoïdienne. Évidé le 12 octobre 1906. Complètement guéri en six mois avec un orifice conduisant dans la caisse presque invisible.

Obs. 46. — Rouf..., Marcel, 3 ans 1/2.

Otorrhée et mastoïdite aiguë. Évidement le 3 décembre 1907. Amorce d'épidermisation pour ce lambeau.

Évidement. Large cavité opératoire avec dégâts considérables.

On taille ce lambeau à pédicule inférieur qu'on rabat dans la plaie.

Paralysie faciale légère consécutive.

Mars 1908. — L'enfant a une vaste cavité rétro-auriculaire. Le lambeau ne paraît pas avoir joué un grand rôle ; il est sphacélé à la pointe. Les pansements sont laborieux par la présence de ce lambeau qui ne tient pas.

La suppuration est extraordinairement abondante et fétide.

Il y a en plus une vaste surface mastoïdienne suintante et ulcérée qui répondait au lambeau cutané qu'on a disséqué.

Obs. 47. — Rey..., Albertine, 11 ans.

Otorrhée gauche avec polype de la caisse. Évidée par le Stacke en octobre 1902. Revue en 1907 complètement guérie, avec une large cavité rétro-auriculaire.

Obs. 48. — Kots..., Blanche, 7 ans.

Mastoïdite chronique gauche. Évidement le 28 juin 1902. Actuellement parfaitement guérie ; orifice lenticulaire dans la région mastoïdienne.

Obs. 49. — Sai..., Raymond, 4 ans.

Otorrhée et mastoïdite. Évidement en juillet 1902. Orifice rétro-auriculaire de la grosseur d'une noisette. A été en butte aux railleries de ses camarades.

Obs. 50. — Ster..., Georges, 7 ans.

Otorrhée et mastoïdite aiguë. Évidement le 26 août 1900. Complètement guérie avec un petit orifice mastoïdien.

Obs. 51. — Sepr..., Suzanne, 2 ans 1/2.

Mastoïdite chronique droite. Évidement le 20 mai 1901, petit orifice rétro-auriculaire de la grosseur d'un pois.

Obs. 52. — Simo..., Louis, 4 ans.

Otorrhée, abcès mastoïdien. Évidé le 7 mai 1897. Revu il y a quelques mois ; la guérison se maintient, orifice mastoïdien de la grosseur d'un petit pois.

Obs. 53. — Tau..., Georges, 10 ans.

Otorrhée rebelle. Évidement par le Stacke le 21 mai 1903 Revu en février 1908 complètement guéri avec un orifice mastoïdien de la grosseur d'une noisette caché par le pavillon.

Obs. 54. — Va..., Jeanne, 10 ans.

Otorrhée et mastoïdite aiguë droite. Évidement le 28 octobre 1896. La guérison se maintient actuellement, il ne reste qu'un petit orifice rétro-auriculaire béant et caché.

Obs. 55. — Web..., Émile, 6 ans 1/2.

Otorrhée et mastoïdite aiguë. Évidé le 5 avril 1900. Actuellement complètement guérie ; avec un orifice rétro-auriculaire de la dimension d'un pois.

Obs. 56. — Wag..., Jeanne, 12 ans.

Otorrhée et mastoïdite chronique. Évidement par le Stacke le 18 mars 1903. Actuellement guérie sauf un petit point de la caisse. Cavité largement ouverte à l'extérieur.

Obs. 57. — F..., André.

Opéré en 1901 de mastoïdite simple aiguë. Il avait à cette époque 4 ans 1/2.

Depuis cette époque par suite d'irrégularités et de pansements défectueux la cavité opératoire a presque toujours suppuré.

Évidé le 5 novembre 1907. Grosses lésions de la caisse.

1er mars 1908. — Est actuellement en traitement.

Il y a une vaste cavité rétro-auriculaire que nous laisserons systématiquement ouverte.

Obs. 58. — Free..., 9 ans. — *Mastoïdite chronique bilatérale. Double évidement rétro-mastoïdien.*

A la suite d'otite datant du plus jeune âge, l'enfant a été opéré en province à l'âge de 5 ans d'une trépanation simple pour mastoïdite dit la mère.

Venue aux Enfants-Malades pour suppuration de l'oreille et fistule des deux côtés. On fait un double évidement en 1904.

En 1907. — L'enfant a été retouchée de nouveau du côté gauche, et la cavité a été curetté avec soin.

En 1908. — La petite malade est toujours en traitement. Elle est à peu près sourde. Il existe un léger degré de paralysie faciale gauche.

Elle a deux cavités énormes rétro-auriculaires. Le fond de la caisse et le toit des deux côtés suppure toujours. L'état général est mauvais. L'épidermisation ne tapisse que l'antre.

Il s'agit probablement d'une mastoïdite tuberculeuse.

Obs. 59. — Bil..., Henri, 10 ans. — *Otite chronique droite. Cholestéatome. Évidement pétro-mastoïdien.*

Otite droite il y a deux ans, qui n'a pas cessé de couler. Soigné à Ivry et à Péan.

A Péan, novembre 1907, on a enlevé des polypes.

Aux Enfants-Malades en décembre 1907, gros polypes de la caisse — qu'on essaie d'enlever — conduit à la clinique de

M. le Dr Boulay et Lemarchadour pour discuter l'opportunité d'une intervention.

On décide un évidement pétro-mastoïdien (MM. Boulay, Lemarchadour, Roland).

On trouve en opérant la caisse, l'aditus et l'antre pleins de cholestéatome. Dégâts énormes.

Mars 1908. — La plaie auriculaire est vaste et permet facilement les pansements.

L'état général est très amélioré depuis l'intervention.

Obs. 60. — Man..., Lucie, 4 ans. — *Otite chronique droite. Mastoïdite. Évidement pétro-mastoïdien.*

Otite à 14 mois.

Mastoïdite aiguë le 28 novembre 1907.

Évidement pétro-mastoïdien. Fongosités et carie dans l'antre et dans la caisse. On ne trouve pas trace des osselets.

Paralysie faciale consécutive, qui va s'améliorant.

Mars 1908. — L'enfant vient aux pansements.

Cavité va se rétrécissant de plus en plus malgré les remèdes. La suppuration est abondante.

Obs. 61. — Desv..., Adrien, 11 ans 1/2. — *Otite chronique gauche. Mastoïdite. Évidement pétro-mastoïdien.*

Otite datant de sept ans. Phénomènes locaux de la mastoïde. En juillet 1900, opération à cette date. Évidement. Pus dans l'apophyse. On constate que l'antre a presque complètement disparu et que le sinus est presque en contact avec la paroi postérieure du conduit. Ouverture de la caisse.

Mars 1908. — Nous avons appris que l'enfant aujourdhui âgé de 19 ans est bien portant, guéri, mais qu'il garde une cavité rétro-auriculaire visible.

Obs. 62. — Qua..., Germaine, 10 ans. — *Otite chronique droite. Mastoïdite aiguë. Évidement pétro-mastoïdien.*

Otite droite depuis l'âge de 2 ans.

Mastoïdite, novembre 1907.

Évidement pétro-mastoïdien. Le sinus est largement dénudé. La caisse est pleine de fongosités. On ne trouve pas trace d'osselets. Il existe sous le conduit une cavité très vaste contenant de gros polypes.

Paralysie faciale consécutive.

Mars 1908. — Paralysie faciale presque disparue.

État local satisfaisant. Vaste plaie. Opération commode à panser. Très bon état général. L'enfant est transformée.

Obs. 63. — Kl..., Jeanne, 9 ans. — *Récidive mastoïdienne Évidement pétro-mastoïdien.*

Opérée en 1895 de mastoïdite aiguë et guérie.

Récidive en 1897, et cette fois évidement. Ouverture de la caisse.

Revue en 1908. Cavité antrale demeurée intacte. Caisse sèche, qui suinterait de temps en temps.

Obs. 64. — Ach..., François, 2 ans. — *Otite chronique. Évidement pétro-mastoïdien.*

Otite datant d'un an.

Mastoïdite en 1895 à l'âge de 2 ans.

6 *novembre* 1895. — Évidement. Nettoyage de l'antre à la curette. Masses de cholestéatomes dans la caisse : sur le protecteur on fait sauter la paroi postérieure du conduit auditif osseux.

Mars 1908. — Enfant complètement guéri, mais une petite avité rétro-auriculaire menant à la caisse.

Ces 59 observations font la base même de ce travail. Tous ces enfants sont porteurs de cavités rétro-auriculaires de volume variable. Tous ont eu des indications graves d'évidement ; tous ont guéri. Ils ont eu des pansements longs et ennuyeux ; mais s'ils gardent une ouverture de la mastoïde, ils ont en outre une oreille en bon état. D'ailleurs, la cavité rétro-auriculaire n'a pas toujours des dimensions très grandes et l'aspect de bon nombre de nos petits malades n'est pas si disgracieux qu'on le croit. Il faut un œil inquisiteur pour voir la cicatrice déformée en çupule et qui communique avec l'oreille.

C'est qu'en effet il est possible dans la période des pansements, quand l'évidement est presque guéri, de laisser rétrécir peu à peu la plaie rétro-auriculaire. M. Mahu a insisté sur ce point avec raison, et on peut arriver ainsi à ne conserver que le passage strict d'une mèche très fine.

Dans cette seconde catégorie sont recrutées les autoplasties tardives, quand les malades en expriment le désir.

C).— **Évidements pétro-mastoïdiens dont la cavité s'est fermée spontanément.**

Obs. 65. — Couc..., Charles, 4 ans.

Trépanation double pour mastoïdite aiguë à l'âge de 1 an ; persistance de l'écoulement. Évidé des deux côtés à l'âge de 4 ans en 1895 par le procédé de Stacke. Fermeture spontanée

de la plaie rétro-auriculaire du côté gauche au cours des pansements ; au côté droit il persiste un petit orifice donnant accès dans une vaste cavité parfaitement épidermisée. Revu en janvier 1908 en très bon état.

Obs. 66. — Chichis..., Jean, 15 ans.

Évidé le 30 mai 1900 pour otorrhée rebelle et phénomènes cérébraux. Ouverture de la caisse et de l'apophyse par le procédé de Stacke. Incision et drainage d'un abcès sous-dural. La plaie rétro-auriculaire s'est fermée spontanément au cours des pansements. Revu (février 1908) en très bon état et guérison parfaite.

Obs. 67. — Delau..., Marthe, 4 ans.

Otorrhée suite de rougeole à l'âge de 3 ans ; abcès mastoïdien ouvert par une incision simple ; en 1894 nouvel abcès et évidement. Revue février 1908, jeune fille de 17 ans, en bonne santé, avec quelques traces de paralysie faciale. La plaie mastoïdienne s'est fermée spontanément au cours des pansements.

Obs. 68. — Mar..., Gaston, 14 ans.

Otorrhée droite datant de la première enfance ; phénomènes mastoïdiens depuis quelques jours. Évidé le 9 octobre 1903. Revu le 14 février 1908 : jeune homme de 18 ans, bon état général ; cicatrice rétro-auriculaire, suite de la fermeture spontanée de la plaie mastoïdienne, absolument cachée par le pavillon.

Obs. 69. — Pu..., Maurice, 13 ans.

Mastoïdite aiguë suite d'otite trépanée le 9 octobre 1900, complètement guérie en quelques mois. Phénomènes généraux graves, évidement complet le 9 février 1901. Cicatrisation linéaire

parfaite spontanément. A fait ces jours derniers (10 janvier 1908) une récidive de mastoïdite qui a nécessité une revision à la curette ; actuellement en bonne voie de guérison.

Cette troisième catégorie d'observations est peut-être la plus intéressante. Les plaies opératoires, surveillées pendant des mois, se sont rétrécies à mesure que la guérison approchait. On comprend en effet qu'il y ait tous les intermédiaires entre la vaste brèche et la cicatrisation spontanée. Toute cette échelle des dimensions cavitaires nous l'avons dans notre deuxième catégorie d'observations ; ici le tissu de cicatrice a tout comblé, les malades ont eu une autoplastie tardive mais spontanée.

D). — **Évidements pétro-mastoïdiens à cavité permanente, fermée secondairement par autoplastie tardive.**

Dans les deux observations ci-dessous il s'agit de malades guéris depuis des mois surveillés attentivement à la consultation spéciale du Dr Roland, assistant du service, et auxquelles M. le Dr Broca a fait des autoplasties tardives. Quand on est absolument sûr de la guérison, il est alors permis, et alors seulement, de fermer la cavité.

Comment doit-on la fermer ? Et quel procédé doit-on employer ?

En principe tous les procédés d'autoplastie tardive se valent. Ils sont simples ou compliqués ; ils diffèrent par la prise, la forme du lambeau, par le nombre de ces lam-

beaux.

Tout cela a peu d'intérêt. Il faut en effet être éclectique et choisir suivant les cas, suivant la dimension de la cavité, la mobilité du pavillon etc... le procédé le plus approprié.

En règle générale, M. le Dr Broca avive le pourtour de la plaie mastoïdienne par une incision circulaire. Il mobilise le pavillon le plus possible, au besoin en faisant une incision libératrice en haut du sillon rétro-auriculaire et il suture les deux bords.

En huit à quinze jours, la guérison est parfaite ; il reste une cicatrice linéaire, avec quelquefois quelques brides, et le malade est définitivement guéri.

Il va de soi qu'avant toute autoplastie tardive on doit avoir vérifié le calibre du conduit pour voir s'il n'est pas rétréci, et le dilater s'il était rétréci.

Ce procédé est extrêmement simple et M. Broca l'a employé avec M. Lubet-Barbon depuis plus de 10 ans pour la première fois.

Obs. 70. — Caut..., Georgette, 6 ans 1/2.

Évidée en décembre 1903 pour otite ancienne avec mastoïdite. Revue en 1905 complètement guérie. A ce moment fermeture de l'orifice rétro-auriculaire par avivement simple et suture. Actuellement la guérison parfaite se maintient.

Obs. 71. — Verd..., Léopold, 12 ans.

Otite chronique avec abcès mastoïdien. Évidé en août 1896. Orifice rétro-auriculaire fermé par avivement et suture après dix-huit mois de guérison complète. Il ne reste plus actuellement qu'une cicatrice linéaire parfaite.

On sera peut-être surpris du nombre très restreint de ces autoplasties secondaires. Cela s'explique pourtant : les enfants une fois évidés et guéris disparaissent la plupart du temps : on reste sans nouvelle d'eux. Beaucoup ignorent qu'il est possible de leur masquer leur plaie rétro-auriculaire ; quelques-uns aussi se trouvant en bon état, ne peuvent se décider à une nouvelle intervention si bénigne soit-elle.

Il est certain cependant que les autoplasties secondaires faites dans le service de M. le Dr Broca sont plus nombreuses ; si nous n'en publions que deux cas c'est que ce sont les seuls que nous avons pu suivre et revoir cette année. Nous avons tenu en effet essentiellement dans ce travail à ne faire état que d'observations complètes, et toutes revues par nous-même.

La lecture de ces 71 observations dont nous ne donnons qu'un résumé contenant surtout l'état actuel, justifie ce que nous avons dit dans les précédents chapitres.

Nous sommes loin des idées du professeur Moure de Bordeaux, pratiquant l'évidement pétro-mastoïdien comme cure radicale de l'otorrhée : faisant une autoplastie immédiate et obtenant la guérison en deux mois.

Si nos malades dont la cavité opératoire est restée ouverte ont demandé quinze à seize mois de traitement, c'est qu'en réalité il ne s'agissait pas d'otorrhée simple que l'on évide rarement, mais au contraire de cas plus graves où l'on n'a pratiqué l'évidement qu'en dernière ressource. C'est pour ce motif de gravité que nous croyons l'ouverture permanente nécessaire.

Nous avons interrogé avec le plus grand soin tous nos petits malades. Ils ne nous ont pas paru avoir trop souffert, dans la vie, du fait de leur opération ; et aucun d'eux n'a montré un grand ressentiment d'avoir été « balafré ». Tous ont gardé un mauvais souvenir du temps où ils venaient régulièrement au pansement ; mais ils sont heureux d'être guéris ; et quelques-uns seulement nous ont demandé de leur fermer leur cavité.

CONCLUSIONS

1° Un évidement pétro-mastoïdien peut être laissé ouvert d'une manière permanente jusqu'à guérison, ou au contraire fermé immédiatement. D'où deux procédés : autoplastie immédiate et autoplastie tardive.

2° Dans les autoplasties immédiates la fermeture de la cavité est un temps opératoire à technique variable. Panse, Stacke, Botey, Zaufal, Moure, Körner, Siebenmann, Luc et Mackiewicz le réalisent par des procédés propres à chacun d'eux.

3° Les autoplasties tardives ont pour but de fermer la cavité opératoire lorsque le malade est complètement guéri. Les procédés de Mosetig-Moorhof, G. Laurens, Stacke, Lermoyez et Mahu, Passow, Trautmann, Alexander et P. Laurens en assurent l'exécution.

4° Il existe des procédés intermédiaires consistant à amorcer l'épidermisation de la cavité laissée ouverte par l'introduction de lambeaux cutanés dans la plaie technique de Kretschmann, Luc, Stacke et Passow.

5° L'évidement pétro-mastoïdien est destiné :

a) A la cure radicale de l'otorrhée simple ;

b) A la cure radicale de l'otorrhée avec complication aiguë (mastoïdite) ;

c) A la cure radicale de l'otorrhée avec complications chroniques de voisinage (phlébite des sinus, abcès cérébral, etc.)

d) A la cure radicale de l'otorrhée avec cholestéatome.

6° L'évidement pétro-mastoïdien présente, en raison des lésions auxquelles il s'adresse, une gravité relative.

7° Cette gravité causale plutôt qu'opératoire entraîne des pansements minutieux, longs et une surveillance extrême de la plaie.

8° Cette surveillance ne peut être faite efficacement qu'à ciel ouvert.

9° Faire une autoplastie immédiate entraîne l'impossibilité presque absolue d'une complète exploration.

10° L'autoplastie immédiate n'a qu'un seul avantage, l'esthétique, et de nombreux inconvénients : *a*) difficulté à faire des pansements utiles ; *b*) atrésie inévitable du conduit si l'on n'a pas réséqué ce conduit totalement ; *c*) orifice énorme et disgracieux du conduit si l'on a réséqué totalement ; *d*) persistance fréquente de la suppuration de la caisse par suite de la persistance des lésions insuffisamment surveillées.

11° L'ouverture permanente de la cavité présente, au contraire, des inconvénients relativement insignifiants : plaie hideuse (Zaufal), railleries des camarades des malades, vertiges (?) arrivée oblique de l'air dans la caisse, insuffisance de développement psychique, nécessité de masquer la plaie par les cheveux. Elle offre des avantages de premier ordre : surveillance quotidienne de la plaie, facilité des pansements, et diagnostic possible et immédiat de toute récidive.

12° En règle générale, l'autoplastie dans l'évidement pétro-mastoïdien ne doit donc être que tardive ou secondaire, quand la guérison est définitive.

13° Tout au plus est-il permis d'amorcer l'épidermisation (procédé de Luc).

14° Cette autoplastie tardive sera faite par n'importe quel procédé, dont l'indication varie avec l'âge du malade, la dimension de la plaie, etc.

15° Le procédé le plus simple paraît être celui que nous avons vu employer aux Enfants-Malades (M. Broca) par avivement des lèvres de la plaie.

16° Nous avons recherché tous les enfants évidés depuis quinze ans : total 293, nous en avons retrouvé 71, presque tous à plaie béante plus ou moins large.

Quelques-uns ont rétréci spontanément leur orifice (quatre); quatre ont eu une autoplastie secondaire, un grand nombre d'autres nous l'ont réclamée. La plupart sont bien portants, à l'exception d'un seul, ils ont un développement intellectuel normal. Deux à trois seulement ont eu à souffrir des railleries de leurs camarades. Tous enfin sont absolument guéris de leur suppuration auriculaire.

Vu : le Président de thèse
SEGOND

Vu : le Doyen.
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris :
L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

ALEXANDER. — Technique de l'occlusion plastique des pertes de substance rétro-auriculaires. *Société d'otologie autrichienne*, 29 octobre 1903, in *Arch. intern. de laryng., d'otol. et de rhin.*, juillet-août 1907.

A. BROCA. — Anatomie chirurgicale et médecine opératoire de l'oreille moyenne. Monographies cliniques. Masson, 1901.

A. BROCA ET LUBET-BARBON. — Les suppurations de l'apophyse mastoïde et leur traitement. Steinheil, 1895.

CASTEX. — Maladies du larynx, du nez et des oreilles. Baillière, 1907.

HERMANN. — Procédés autoplastiques dans la cure radicale de l'otorrhée. *Thèse de Bordeaux*, 1906-1907.

KRETSCHMANN. — Une méthode de plastique rétro-auriculaire in *Arch. f. ohrenh.*, Bd 37.

G. LAURENS. — Chirurgie oto-rhino-laryngologique. Steinheil, 1906.

P. LAURENS. — Pansements d'évidés ; méthode mixte. *Ann. des mal. de l'oreille*, mars 1906.

— Procédés d'autoplastie pour cicatrice rétro-auriculaire après évidement. *Arch. intern. de laryng.*, nov.-déc. 1906, p. 897.

LERMOYEZ ET BOULAY. — Thérapeutique des maladies de l'oreille, t. II. Doin, Paris.

LERMOYEZ ET MAHU. — Un procédé simple de fermeture de l'orifice rétro-auriculaire après guérison de l'évidement pétro-mastoïdien. *Ann. des mal. de l'or. et du larynx*, 1901, juin p. 501.

Luc. — Le lambeau de Siebenmann dans l'évidement pétro-mastoïdien. *Ann. des mal. de l'or.*, etc., 1904, tome II, p. 425.

H. Mackiewicz. — Procédé facile pour élargir le méat auditif en cas d'évidement pétro-mastoïdien. *Ann. des mal. de l'or.*, mai 1906.

Millet. — L'apophyse mastoïde chez l'enfant ; trépanation ; traitement consécutif. *Th. de Paris*, 1897-1898.

Mosetig-Moorhof. — Occlusion autoplastique des pertes de substance osseuse de l'apophyse mastoïde. *Centralbl. f. chir.* 1898, n° 46.

Moure et Brindel. — Guide pratique des maladies de la gorge, du larynx, des oreilles et du nez. O. Doin, 1908.

Moure. — De l'ouverture large de la caisse et de ses annexes. *Rev. hebd. de laryng.*, 1897, n°s 18 à 20.

— De la réunion immédiate du pavillon de l'oreille après la cure radicale de l'otorrhée. *Rév. hed. de laryng.*, 1899, n° 6.

— Des procédés autoplastiques dans la cure radicale de l'otorrhée. *Congrès de la Société française de laryng.*, etc. Paris, mai 1906, in *Arch. intern. de laryng.*, etc., mai-juin 1903, supplément.

Mouret. — Du procédé de Siebenmann pour la plastique du conduit auditif membraneux et du pavillon de l'oreille dans l'évidement pétro-mastoïdien, in. *id.*

— Faut-il fermer ou laisser ouverte la plaie rétro-auriculaire dans l'évidement pétro-mastoïdien, in. *id.*

— Réflexions sur l'évidement pétro-mastoïdien. *Rev. hebd. de laryng.*, 11 et 18 août 1906.

Passow. — Sur l'ouverture rétro-auriculaire après la cure radicale de l'otite moyenne suppurée chronique. *Zeitschr. F. Ohrenh.* Bd. 32, p. 207 et 306.

Politzer-Bruhl. — Traduit par G. Laurens. Altas. Manuel des maladies de l'oreille. Baillère, Paris, 1902.

Passow. — La plastique du conduit après l'opération radicale. *Beitr. Z. Ohrenh.* Berlin, Spinger.

A. R. Salamo. — Les mastoïdites des nourrissons. *Th. de Paris*, 1906.

Trautmann. — Persistance de l'orifice rétro-auriculaire après l'opération radicale et sa fermeture plastique. *Arch. f. Ohrenh.*, Bd. 48.

Siebenmann. — Sur la résection de la conque, nouvelle modification du procédé de Körner pour l'opération du cholestéatome. *Zeitschr f. Ohrenh.*, Bd. 33.

Zaufal. — Histoire et technique de la mise à nu des cavités de l'oreille moyenne. *Arch. f. Ohrenheit.* Bd. 37.

Imprim. des Facultés, A. MICHALON, 26, rue Monsieur-le-Prince, Paris